Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität München
(Direktor: Geheimrat Bumke)

Differentialdiagnostische Probleme aus dem Gebiet der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt

einer hohen medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität München

von

WALTER RAHNER
aus Gaggenau (Baden)

Buchdruckerei Paul Kerschgens, Köln

1927

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548312_0100

Die Progressive Paralyse gehört zu den Krankheitsbildern, die die wissenschaftliche Psychiatrie als eines der ersten deutlich umgrenzt hat. Anatomische Untersuchungen ermöglichten es, eine scharfe Trennung zwischen metasyphilitischen Erkrankungen (Tabes, Paralyse) und den andern Erkrankungen des Z. N. S. syphilitischer Genese durchzuführen. Seitdem wir aber wissen, daß auch im Körper des Paralytikers noch Spirochaeten leben und die verschiedensten Veränderungen in seinem Gehirn bedingen können, ist die Unterscheidung von Hirnlues und Paralyse anatomisch und klinisch schwieriger geworden. Als weitere Schwierigkeit kommt hinzu, daß die Paralyse selbst in Verlauf und Symptomatologie ihr Gesicht unter den Augen der heutigen Aerztegeneration nicht unwesentlich verändert hat. Wenn wir weiterhin bedenken, daß ein zufälliges Zusammentreffen von Tabes und Manie, von Hirnlues und einer manisch-depressiven Konstitution, von Syphilis und Depression – um einige Kombinationen herauszugreifen – nicht nur möglich, sondern tatsächlich garnicht so selten sind, so werden wir begreifen, daß nicht nur äußerlich erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten bestehen, eine Paralyse auszuschließen. In manchen Fällen wird dies schlechterdings unmöglich sein. Die Möglichkeit einer exakten Diagnose hat nun nicht nur wissenschaftliches und prognostisches Interesse, sondern ist heute, wo wir auch der Therapie der Paralyse nicht mehr hilflos gegenüberstehen, von einschneidenster Bedeutung. Es liegt im Wesen dieser Erkrankung, daß man einen therapeutischen Erfolg nur dann erwarten und wünschen kann, wenn die Behandlung im frühesten Stadium einsetzt, was eben eine genaue Diagnosenstellung zur Voraussetzung hat. Es ist deshalb

von großem Interesse, sich die wesentlichen Punkte für die Differentialdiagnose syphilitischer Geistesstörungen klar zu machen.

Wir werden an Hand der folgenden sechs Fälle versuchen, uns über die Art und den Wert der einzelnen neurologischen, psychiatrischen, serologischen Symptome klar zu werden, um unter ihrer kritischen Verwertung, unter Beobachtung des Krankheitsverlaufs und Berücksichtigung der psychischen, auch prämorbiden Verfassung der Persönlichkeit zu einer Diagnosenstellung zu gelangen.

Johann M. Eisenbahnbeamter, geb. 85.

Anam.: (Frau) Verträglich, gut gearbeitet. Seit 6. 25. aufgeregt. Schlaflos, überreiche Geschenke, sinnlose Autofahrten, wirr geredet und allen möglichen Unsinn gemacht.

Befund: Großer kräftig gebauter Mann, in reduziertem Ernährungszustand, Haut schlaff, blaß. Schädel o. B.

neurol.: Pupillen mittelweit r > 1 Reaktion auf Licht r = 1+
Hirnnerven o. B. Reaktion auf Konvergenz r = 1+
Motilität: o. B. Sensib.: Schmerzhypästhesie, Kältehyperästhesie.
Reflexe der ob. Extrem. lebhaft r = 1+
P. S. R. sehr schwer auslösbar, A. S. R. fehlend.
Bauchdecken-, Cremasterreflex r = 1+.
Babinski, Oppenheim, Romberg. o.

Autoan.: Vater ein Genie, Mutter schönste Frau! Will Bruder mit dem Luftschiff aus Amerika holen. In der Schule erfolgreich, aber viele Streiche; als Lehrling und auf der Wanderschaft große Redetätigkeit. Dienstzeit allerhöchste Auszeichnungen! 1910 syphilitische Infektion, mehrmalige kombinierte Hg.-Salvarsankuren, 1913 „großartige Hochzeit", wird Anarchist: „ein Vollmensch, wie er sein muß, ist Gott, wenn er ein rechter Anarchist ist". Kriegsteilnehmer: drei gefangene Russen zerdrückt. Aktivste Teilnahme an der Revolution, bis heute zum Betriebsrat gebracht.

5. 7. 25. Zeitlich und örtlich orientiert. Clownhaft euphorische Stimmung. Gravitätisches Betragen, keine Krankheitseinsicht. Will die studierende Jugend von England befreien. Kann alles: Maschinen bauen, versunkene Städte ausgraben, Bücher schreiben. Hat erotische Beziehungen zu Baroninnen, Herzoginnen – aber platonisch.
Schulwissen, Erfahrungswissen + Begriffsbildung + Rechnen + Unterschiedsfragen, Sprichworterklärungen + Merkfähigkeit gut. Sprache etwas monoton, aber in Artikulation nicht auffallend.

Liquor: Wa. R. bei 0,2 ++++ Nonne + Zellen 207/3 Mastix: Tabes?

15. 7. Unruhig, starker Rededrang, treffende Witze, ideenflüchtig, gehobenes Selbstgefühl, faßt gut auf, „bin gesund, wie der Fisch im Wasser".

12. 8. Erregter, Rededrang, fortgesetzte Größenideen „ich will epochemachend Millionen von Jahren umändern". Dabei immer auf die Umgebung eingestellt.

25. 8. Sehr gereizt, mimt Christus, zitiert mit geschlossenen Augen die Bergpredigt, flucht darauf.

5. 9. Ruhigere Zeiten wechseln mit stärkerer Erregung. Drängt auf Entlassung, ohne Krankheitseinsicht, mißtrauisch. Witziges Erfassen seiner Umgebung, auch sonst gute Auffassungs- und Kombinationsfähigkeit.

17. 9. Wa. R.: 0.2 ? + 0,6 ++ 1,0 ++++ Nonne: opal.
Zellen 43/3 Mastix: Tabes.

14. 10. Kommt nicht recht weiter, kann einfache angewandte Rechenaufgaben nicht lösen, stellt ganz komplizierte Berechnungen an. Nicht heiter, aber auch nicht deutlich depressiv.

26. 10. Außerordentlich gereizt, schlägt um sich.

15. 11. Allmähliches Erlahmen, will entlassen werden, viele Pläne, Eingaben, Vorschläge. Paranoider Einschlag, aber doch immer wieder humorvoll.

5. 12. Deutlich depressiver Einschlag, sorgt sich um die Erziehung seiner Kinder, fürchtet nie mehr entlassen zu werden. Dazwischen wieder euphorisch, schlagfertig.

16. 12. Drängt nach Hause, im Ganzen ruhig und geordnet, Stimmung labil, dankbar, in der Unterhaltung schlagfertig und intelligent.

19. 12. 25. Entlassen.

Wenn bei einem 40jährigen Manne, der an Tabes leidet, nach einem längeren oder kürzeren Stadium nervöser Reizbarkeit plötzlich eine Geistesstörung unter einem manischen Zustandsbild auftritt, so denken wir in erster Linie an eine progressive Paralyse; denn wir wissen, daß sich zu einer seit Jahren bestehenden Tabes garnicht so selten paralytische Symptome gesellen, und daß manische Syndrome im Beginn der Paralyse oft beobachtet werden. Die für Tabes bezeichnenden neurologischen Symptome können auch für Paralyse sprechen, müssen es aber nicht. Ebenso führt uns der positive Ausfall der serologischen Reaktionen zunächst nicht weiter, so daß wir nur mit Hilfe der psychischen Symptome zu einer Diagnose

kommen können. Gegen Paralyse spricht in unserem Falle vor allem das Fehlen jeder eigentlichen Demenz. Patient rechnet richtig und kann sich über die Dinge seines geistigen Niveaus ein Urteil bilden. Wenn auch manchmal eine gewisse Urteilslosigkeit beobachtet wird (z. B. fehlende Krankheitseinsicht), so fehlt doch die für Paralyse so bezeichnende Urteilsschwäche, die oft schon in den Anfangsstadien der Krankheit sich schleierartig über das ganze Wesen des Erkrankten legt. Statt dessen haben wir ein Individuum vor uns, das auf alle Anreize der Außenwelt durchaus richtig anspricht, ja sogar unter treffenden witzigen Aeußerungen sein Kommentar dazu gibt und seine eigene, wenn auch vornehmlich von Größenideen diktierte Rolle durchzuführen gedenkt. Diese Größenideen, die zum Beginn der Krankheit besonders blühend und nicht immer folgerichtig waren, lenken unseren Verdacht ja in erster Linie auf die Dementia paralytica. Aber auch ihnen fehlt das schwächliche und absolut unsinnige der paralytischen Größenideen. Ja man hat den Eindruck, daß es der Patient teilweise wenigstens mehr auf einen Effekt auf seine Umgebung abgesehen hat, wie er auch zu mancherlei Einschränkungen bereit ist (platonische Liebesverhältnisse). Die flotte schwungvolle Art, wie die Ideen vorgebracht werden, der lebhafte Widerspruch des Patienten gegen den Versuch ihn abzulenken, der von euphorischer Stimmung getragene unermüdliche Rede- und Betätigungsdrang und vor allem die geistige Regsamkeit und nie erlahmende Initiative sprechen auch mehr für Manie als für Paralyse, ebenso die sich im Verlauf der Krankheit deutlich ausbildende und bestehenbleibende Ideenflucht. Schließlich fehlt jede Störung der Merkfähigkeit, wenigstens jede die sich nicht durch die Flüchtigkeit des manischen Verhaltens erklären ließe. Auch Sprache und Schrift zeigen keine paralytischen Störungen. Wenn wir im ganzen Verlauf der Krankheit jede progressive Demenz vermissen und am Schluß die Manie in eine Depression umschlagen sehen, die gar keinen schwachsinnigen Charakter hat, wenn wir das Vorleben des Kranken mit in Betracht ziehen, das seit seiner Jugend deutliche hypomanische Züge

aufweist, so werden wir wohl nicht fehl gehen, im vorliegenden Falle eine Manie anzunehmen, die sich zu einer Tabes hinzugesellt. Die Liquoruntersuchung spricht auch für diese Diagnose. Die Ergebnisse der Kolloidreaktionen vom 17. 9. werden vom Serologen als typisch für Tabes bezeichnet.

Der Zusammenhang der Tabes und der Manie kann bei der Häufigkeit beider Erkrankungen ein rein zufälliger sein und wird es in vielen Fällen auch sein. Immerhin erkrankt ein höherer Prozentsatz der Tabiker an nicht paralytischer Geistesstörung als statistisch zu erwarten ist, so daß der Gedanke, daß es sich doch um eine etwaige „auf Toxinwirkung beruhende Ernährungsstörung des Gehirns", also um einen ursächlichen Zusammenhang der „funktionellen" Psychose mit der organischen Erkrankung des Z. N. S. handle, aufgetaucht ist. Andere nehmen an, daß Manische sich leichter infizieren und schlechter behandeln lassen und deshalb einen größeren Prozentsatz der Tabiker ausmachen.

Nachtrag:

29. 4. 26. Patient, der in der Zwischenzeit gearbeitet hat und bei mehrfacher Nachuntersuchung als durchaus normal befunden wurde, wird wieder in die Klinik aufgenommen. Seit vier Wochen allmählich depressiv, Schlafstörung, Insuffizienzgefühl, Selbstvorwürfe, Suizidgedanken.

1. 5. 26. Pat. ist sehr ängstlich, gespannt, tonlose müde Stimme, gehemmt. Keine Intelligenzdefekte, keine Störung der Merkfähigkeit, keine Urteilsstörung, soweit bei der ungewöhnlich starken Hemmung eine Untersuchung darauf möglich ist.

Es wurde eine Depression aus dem Bereich des manisch-depressiven Irreseins angenommen. Eine Veranlassung jetzt eine Paralyse anzunehmen, schien nicht gegeben, allerdings war die Mastixkurve jetzt paralyseverdächtig. Auch der Umstand, daß Patient trotz der schweren Depression an Gewicht zunahm, erschien auffallend.

Patient wurde nach Eglfing verlegt und starb am 15. Juni 26 an einer Lungenembolie. Die Gehirnsektion ergab makroskopisch keine Anhaltspunkte für Prog. Par. Die mikroskopische Unter-

suchung zeigte jedoch deutliche Gefäßinfiltrationen, wie sie für diese Erkrankung charakteristisch sind.

Man wird fragen, ob hier von Anfang an eine Prog. Par. bestanden hat. Für die Manie ist das wohl abzulehnen, für die zuletzt beobachtete Depression wird man es nicht in Abrede stellen können. Es ist nicht wahrscheinlich nach dem Befund, daß schon vor einem Jahr Gehirnveränderungen bestanden haben. Außerdem wissen wir, daß derartige Veränderungen noch keine psychischen Symptome zu machen brauchen.

Dr. Johann S. prakt. Arzt, geb. 1884.

Familie o. B., aktiv gedient, gute Examina. 1908 Lues, mehrfach komb. Kuren. 1917 Heirat, ein gesundes Kind, keine Fehlgeburten. Seit einem Jahr zunehmend zeitweise nervös und unleidlich, Unsicherheit beim Gehen. Nach Angaben des Schwagers ist Patient zu Hause und bei der Ausübung der Praxis aufgefallen, seine Art zu Sprechen und sich zu geben hat sich geändert, die Schrift ist andern Kollegen aufgefallen. Die Gehstörung hat sich rapid verschlimmert.

3. 8. 23. Schädel o. B. Pupillen: Lichtreaktion fehlt, Konvergenzr. herabg. Sprache wenig scharf artikuliert, hin und wieder leichtes stolpern. Hypotonie der unteren Extrem.
Berührungsempfindungen an Armen und Beinen herabgesetzt, gürtelförmige hyp.- und anästhetische Zone auf der Brust, Schmerzleitung an den unteren Extremitäten verlangsamt.
P. S. R. und A. S. R. beiderseits fehlend. Gang unsicher ataktisch. Aeußerlich geordnet, in der Unterhaltung leichte Hinweise auf eine Herabsetzung moralischer Qualitäten, seiner Krankheit gegenüber stumpfe Gleichgültigkeit: „habe ich eigentlich bloß eine Tabes, oder schon eine Taboparalyse?“ Ohne jeden Affekt gefragt und ohne Antwort abgewartet. Anklingen von Größenideen.

15. 10. Euphorisch und sorglos, gröbere Defekte auf intellektuellem Gebiet nicht nachweisbar. Deutliche Merkschwäche, über die sich Patient durch Notizen hinwegzuhelfen versucht.

20. 10. Beginn der Schmier- und Salvarsankur.

14. 11. Psychisch etwas sicherer und in vielem kritischer, Sprache und Schrift besser. Affektiv auffallend indolent, fast stumpf.

1. 3. 24. Nochmalige Aufnahme auf Initiative des Pat. Will keinerlei intellektuelle Ausfälle bemerken, glaubt seine Merkfähigkeit sei gebessert, Praxis gehe besser. (Vom Schwager bestätigt.) Sonst be-

steht Euphorie und Verkennung der ernsten Situation weite, auchr andere leichte Defekte im Gespräch über aktuelle Dinge nachweisbar.

10. 9. Zur Malariabehandlung aufgenommen.
Liquor: Wa. R 0,2 +++ 0,6 ++++
Nonne leichte Trüb. Zellen 46/3 Mastix: Tabes?
Stimmung gehoben, zuweilen Mangel an gewissen Hemmungen im Verkehr mit Andern, sonst interessiert und regsam.

28. 10. Entlassen, will Praxis wieder aufnehmen.

29. 5. 25. Patient fühlt sich wohler, leistungsfähiger, psychisch keine wesentliche Aenderung.

17. 11. Patient sucht die Klinik auf, wegen plötzlich auftretender Lähmung des linken Beines mit vorangehendem Kopfschmerz und Schwindelgefühl.
Kopf hinten klopfempfindlich, Augenbewegungen frei, sonstige Hirnnerven o. B.
Liquor: Wa. R. 0,2?+ 0,6 +++ Zellen 93/3 Nonne opal.
Mastix: Tabes?
Parese der Beuger des linken Beines, Dorsalflexion des Fußes sehr schwach. Lanzinierende Schmerzen im Bein.
Pat. ist euphorisch, steht seiner Erkrankung völlig verständnislos gegenüber, und sucht harmlose äußere Ursachen zu finden. Grobe Intelligenzdefekte nicht nachweisbar.

11. 12. In gehobener Stimmung, redet den ganzen Tag ziemlich kritiklos, daneben manchmal ängstliche Fragen nach Prognose seines Leidens, Beruhigung bei günstiger Antwort. Hohe Einschätzung seiner ärztlichen Fähigkeiten und große Erwartungen für die Zukunft, ohne Einschätzung der Schwierigkeiten.

19. 12. Entlassen.

Wir haben wiederum bei einem Tabiker zu entscheiden, ob seine psychische Erkrankung paralytisch ist oder nicht. Was uns zunächst bei diesem Fall auffällt, ist die geringe Ausprägung der Symptome und der milde Verlauf. Für eine organische Erkrankung spricht die Störung der Merkfähigkeit, die aber dem Patienten selbst sehr wohl zum Bewußtsein kommt. Den andern Krankheitszeichen gegenüber besteht eine für einen Arzt unverständliche Urteilslosigkeit, die manigfachen Ueberschätzungsideen den Boden bereitet. Eine eigentliche Demenz hat sich nicht nachweisen lassen. Auch im Verlauf der Krankheit hat sich keine deutliche Abnahme der Intelligenz

gezeigt, doch tritt bei eingehender Unterhaltung eine deutliche Erschwerung und Verlangsamung der Auffassungsfähigkeit zu Tage. Patient zeigt sich meist euphorisch, manchmal steht eine affektive Stumpfheit und Gleichgültigkeit den einschneidensten Fragen gegenüber im Vordergrund, wobei aber auch der Mangel verstandesmäßiger Verarbeitung mitspielen mag. Das öftere Stolpern beim Sprechen, die schon zu Beginn auffallende Störung der Schrift, müssen wir wohl als paralytische Symptome deuten. Wenn wir das Gesamtbild berücksichtigen, das sich trotz der geringen Reduktion auf intellektuellem Gebiet doch in einer Beeinträchtigung der ganzen Persönlichkeit ausprägt, so müssen wir auch die übrigen Symptome trotz ihrer relativen Geringfügigkeit als paralytische ansprechen. Wir wissen, daß es gerade die Tabesparalysen sind, deren deutlichste klinische Merkmale ein protrahierter, milder Verlauf, Seltenheit von Anfällen, Störung der feineren geistigen und ethischen Regungen, geringfügige nur der nächsten Umgebung bemerkbare Urteilsstörungen sind. Man hat als besonders charakteristisch für diese Formen der Paralysen hervorgehoben, daß paralytische Anfälle von weitgehenden Remissionen gefolgt sind, die den Anschein psychischer Gesundheit erwecken. Dies trifft zweifellos auch auf unseren Patienten zu.

Wenn wir die Besserung bzw. den relativ gutartigen Verlauf der Erkrankung auf die Wirkung der Malariakur beziehen, so spräche dies auch für Paralyse. Wie aus der Krankengeschichte zu ersehen ist, trat einmal auch eine Besserung im Anschluß an eine antiluetische Behandlung auf. Wir werden uns aber hüten daraus ohne weiteres auf eine Lues cerebri zu schließen. Freilich legt uns auch die ganze Verlaufsart diesen Gedanken einmal vor. Unregelmäßige wechselnde Herderscheinungen, aphatische Störungen, vorübergehende Bewußtseinstrübungen, die als besonders charakteristisch für Lues cerebri gelten, wurden nicht beobachtet. Die Krankheitseinsicht, die beim Luetiker lange erhalten sein soll, fehlt hier vollkommen. Die mehrfachen apoplektiformen Anfälle des Patienten, als deren Folge die Lähmung des linken Beines

auftrat, können wir als paralytische deuten. Was den Verlauf anlangt, so wissen wir schließlich, daß es tatsächlich „stationäre" Paralysen gibt, wenn auch gerade unter ihnen manche Fälle von diffuser Hirnsyphilis sein mögen. Bei der Liquoruntersuchung spricht der positive Ausfall der W. R. bei 0,2, der geringe Zellgehalt für Paralyse. Auch die abnehmenden Liquorbefunde passen zum Bild der Tabesparalyse mit ihrer Tendenz zum Stationärwerden (Einfluß der Behandlung). Der Ausfall der Kolloidreaktionen ist weniger eindeutig. Die Frage, ob die psychische Erkrankung funktionell sein könne, müssen wir verneinen. Die naiven Ueberschätzungsideen, die etwas blöde Euphorie, das mitunter kritiklose Reden, das jede Ideenflucht vermissen läßt, haben mit den entsprechenden Aeußerungen der Manie nur äußere Aehnlichkeit. Wir werden also die anfangs gestellte Diagnose Tabesparalyse aufrechterhalten.

Josef D. Kaufmann, geb. 1878.

Anam.: Haushälterin bezeichnet Pat. als nervösen Menschen, der sehr leichtsinnig lebt. Steht mitternachts oft auf und geht weg, immer sehr laut. Bringt Polizei mit nach Hause, weil er glaubt man wolle ihn nicht einlassen. Polizei weist ihn in die Klinik ein.

Befund: Kopf nicht klopfempfindlich, Papillen mittelweit, beiderseits gleich, prompte Reaktion auf Licht und Konvergenz.
Auge bewegungen frei, sonstige Hirnnerven o. B.
Ob. Extrem. r = l + Bauchdecken Cremasterreflex r = l +.
unt. Extrem.: Tonus sehr gering P. S. R. und A. S. R. fehlen.
Gang ataktisch, kein Babinski, Romberg +.
Sensibilität: Berührung: o. B. Wärme – Kälte: unsicher.
Liquor: Wa. R. 0,2 +++ 0,6 ++++ Zellen 410/3 Nonne opal.
Mastix: Paralyse? Lues cerebri?
Autoan.: Leicht erregbar, aktiv gedient, im Feldzug verschüttet, 1917 aus dem Lazarett mit der Diagnose Tabes dorsalis entlassen, seit 1922 ständig krank: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, reizbar, vergeßlich, Krämpfe in den Beinen.

28. 9. 25. Zeitlich und örtlich orientiert, Urteilsfähigkeit, Merkfähigkeit erhalten, beim Rechnen gelegentlich Fehler. Auf die Neurol. Abtlg. verlegt.

30. 9. Pat. macht dementen Eindruck, kritiklos, euphorisch, leicht ideenflüchtig, sehr laut.

6. 10. Unruhig laut, psychisch unverändert, Malariaimpfung.

12. 10. Zornig, will sich beschweren, bald wieder friedlich aufgeräumt. Kritiklose Größenideen. Hält sich für eine Gottheit, da er sonst so schöne Sachen garnicht denken könne. Will Steuern abschaffen, indem die Schupo mit Büchsen versehen wird, in welche jeder Passant Goldstücke hineinwirft.

24. 10. Erzählt pathetisch politische Neuigkeiten. Will den Wärter vergolden, Euphorie, Ideenflucht, mitunter verworren, bringt alles in spielerischer Weise vor.

6. 11. Liquor: Wa. R. 0,2 ++++ Zellen 40/3 Nonne stark opal. Mastix: Paralyse?

9. 11. Immer lebhafter, unablässiges Reden in gehobener Stimmung, aber ohne rechten Schwung, kritiklose Größenideen „ich bin vollständig gesund, über alle Wissenschaften unterrichtet, alle Gesetze der Sternenwelt trage ich in der Westentasche".

22. 11. Interessiert sich für die neuesten politischen Ereignisse, kommt immer wieder in seinen ideenflüchtigen Reden darauf zurück „Abd el Krim ist mein Vater".

8. 12. Schreit unablässig, ideenflüchtig, ablenkbar, spielerische Größenideen, daneben manchmal schlaff und leer, uneinfühlbar, kurze depressive Anwandlung unter Hinweis auf gänzlich harmlose Dinge.

15. 12. sieht elend aus, schlaff und müde, zeitlich nicht orientiert, rechnet schlecht.

18. 12. Ganz verändert, liegt schlaff da, lallende Stimme, rechter Arm, rechtes Bein schlaff. Bewußtseinstrübung, faßt schlecht oder garnicht auf, Sprache unverständlich.

19. 12. Rasche Erholung, blöd euphorisch, voll Größenideen, Gang unsicher, ataktisch.

27. 12. Im Ganzen ruhiger, inzwischen wieder redseliger, aber schlaffer.

10. 1. 26. Schwankende Stimmungslage, drängt hinaus.

25. 1. Sehr reizbar, ideenflüchtig, hält wütende Reden, ausgesprochen witzig, keine Demenz, Größenideen treten zurück.

20. 2. Ruhiger, zurückhaltiger, liebenswürdig.

5. 3. Kommt ungern auf seine psychotische Zeit zurück, lacht über seine Größenideen, dabei aber doch sichtlich peinlich berührt.

23. 3. Unverändert immer leicht gereizt, erwartet voll Ungeduld Entlassung.

27. 3. Bezeugt sich bei der Entlassung ruhig, beherrscht, dankbar.

Im Krankheitsbild dieses Patienten fällt ein deutliches Schwanken des psychischen Verhaltens auf. Bald zeigt er sich euphorisch, voll Schwung, ideenflüchtig und trägt seine Größenideen mit Witz, unter geschickter Anknüpfung an Tagesereignisse, mit bewußter Einstellung auf seine Umgebung vor,

so daß man das Bild einer echten Manie vor sich zu haben glaubt. Aber dazwischen schieben sich immer so blöd euphorische Zustände, in denen die unsinnigsten Größenideen geäußert werden, wobei das Denken zerfahren, schwächlich, ablenkbar erscheint, überhaupt der Patient einen schlaffen und leeren Eindruck macht, wie wir ihn bei der reinen Manie nicht finden. Das gelegentliche Versagen der einfachen geistigen Aufgaben, die Affektlabilität, die Bewußtseinstrübung, die Lähmung, weisen uns auf eine organische Erkrankung hin. Wir denken bei einem Tabiker zunächst an Paralyse. Dagegen spräche allerdings das Fehlen einer eigentlichen Demenz, die relativ geringe Beeinträchtigung der Gesamtpersönlichkeit, das Fehlen einer nachweisbaren Merkfähigkeitsstörung und die oben als für Manie charakteristisch aufgeführten Symptome. Auch das Erhaltensein der Pupillenreaktionen ist für Paralyse ein sehr seltener Befund, wenn auch die Diagnose mit dem Hinweis auf dieses Symptom nicht bestritten werden kann. Den Anfall mit dem schnellen Abklingen der Symptome könnte man als paralytischen ansprechen. Die serologischen Untersuchungen vom 6. 11. sprechen stark für Paralyse, dagegen spricht die erste serologische Untersuchung (vor der Malariabehandlung) mit ihren hohen Zellgehalt eher für Lues cerebri. Daran läßt uns auch der ganze atypische Verlauf denken, und nicht zuletzt das Verhalten des Patienten nach der Heilung: er zeigt sich verlegen, wenn man auf seine kranke Zeit zu sprechen kommt, manchen Größenideen sucht er eine Begründung zu geben. Dem typischen Paralytiker fehlt auch nach der Heilung diese Distanz zu seiner Krankheit. Die Heilung selbst durch Malaria spräche zwar für Paralyse. Unter Berücksichtigung der Atypien und Besserungen, die (auch ohne Therapie) im Verlauf der Paralyse möglich sind, beim Fehlen von Symptomen, die zu einer Annahme der Hirnlues zwängen – ausgesprochene Herdsymptome, wechselnde cerebrale und spinale Lähmungszustände – können wir uns wohl zur Diagnose Tabesparalyse entscheiden. Wir werden aber im Auge behalten, daß ähnliche Symptome (geringerer Intelligenzdefekt, der die Erhaltung der geistigen Persönlichkeit

noch ermöglicht, manisches Zustandsbild, organische Zeichen) im Verlauf einer Kombination von Lues cerebri und Manie vorkommen können. Im übrigen werden wir uns daran erinnern, daß in demselben Gehirn echt paralytische und „diffuse im Hirninnern verbreitete echt syphilitische Prozesse" nebeneinander vorkommen können. Es ist verständlich, daß bei solchen anatomischen Verhältnissen auch klinisch einzelne Fälle von Paralyse und Lues cerebri sich nicht scharf voneinander trennen lassen. Schließlich wäre noch daran zu denken, daß bei der paralytischen Erkrankung eines Individuums das von zu Hause aus manisch oder hypomanisch veranlagt ist, entsprechende Symptome im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen. Es sind Fälle beobachtet, bei denen erst die Sektion die Entscheidung möglich machte, ob eine Hirnlues (mit einer Manie) oder eine Paralyse – bzw. auch eine – vorlag.

Michael B. Kaufmann, geb. 1872.

Anam. (Frau) Ein Sohn des Pat. hat sich 20jährig ohne sichtbaren Grund erschossen, schwermütige Stimmungen wurden nicht beobachtet. Sonst nichts von Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie bekannt. Pat. als Kind schwächlich, in der Schule mittelmäßig, übernahm das Geschäft des Vaters. Immer ruhig, gern unter Menschen, trank gern, beliebt. Bis 1918 gesund, seitdem herzleidend, lag fast im Sterben, erholte sich wieder, bis Oktober 24 gearbeitet.

Autoan. Seine jetzige Krankheit habe mit Herzbeschwerden angefangen. Seit Herbst 24 sei er gemütsleidend, hatte Selbstmordgedanken, der Tod des Sohnes sei ihm sehr nahe gegangen, wurde sehr erregt, wollte sich umbringen. Im Winter 24/25 habe er mehrere Spritzkuren mitgemacht. Seit Juni liege er ständig im Bett, die Traurigkeit sei ganz plötzlich verstärkt über ihn gekommen. Am 12. 6. in Anstalt eingewiesen, versuchte herauszukommen. Er fand eine Rasierklinge, die einem Mitpatienten gehörte, als dieser danach suchte, habe er sie heruntergeschluckt, er könne sich jetzt nicht mehr so genau daran erinnern, hierauf Meldung beim Wärter.

Pat. wird aus der chirurg. Kl., wo ihm die Rasierklinge entfernt wurde, nach der psych. Kl. überwiesen.

24. 6. 25. Großer Mann in schlechtem Kräfte- und Ernährungszustand. Puls arythmisch. Augen frei beweglich, Licht und Konvergenzr. beiderseits prompt. Ober. Extrem.: Tonus gut r = 1 Reflexe + r = 1 Bauchdeckenreflex nicht auslösbar, Cremasterr. + r = 1

Unt. Extrem.: Tonus sehr gering r = l P. S. R. u. A. S. R. bds. lebhaft. Kein Babinski, kein Oppenheim, keine Ataxie.
Sensibilität o. B.
Liquor: Wa. R. 0,2 + 0,6 ++ 1,0 +++ Zellen 8/3.
Nonne: Trübung. Mastix: Tabes. Lues cerebri?
Pat. ist apathisch, gibt nur widerstrebend meist erst nach einiger Zeit Antwort. Orientierung mangelhaft, Stimmung depressiv, mißtrauisch, mürrisch. „Ich komme doch nicht mehr heraus aus diesem Schlachthaus". Uneinsichtig dafür, daß er wegen seiner Halswunde nicht trinken darf.

1. 7. Jammert, unzugänglich, beantwortet Fragen nicht.

10. 7. Stimmungslage depressiv, dabei gereizt. Macht seine Angaben recht farblos, geordnet, weiß sich an genaue Daten aus seinem Leben sehr gut zu erinnern. Er rechnet richtig, zeigt keine Urteilsstörung, Erinnerungs- und Merkfähigkeit intakt, keine Größenideen. Pat. macht allgemein einen stumpfen Eindruck. Dem Suizidversuch kritiklos gegenüber.

30. 7. Vorübergehend heiter, hoffnungsvoller, fragt ob er werde wieder arbeiten und nach Hause gehen können.

3. 8. Wieder depressiv, paranoid, meint, er sei Schuld an allem Unglück in der Welt, ißt wenig, schläft schlecht.

17. 8. Ruhiger, spricht mißtrauisch und mit fragendem Tonfall mit seinem Gegenüber.

3. 9. Sehr unruhig, ängstliches Jammern, Vernichtungsgefühle, hält seine steigende Gewichtskurve für falsch.

21. 9. Beginn einer antisyph. Kur, Pat. hält Heilung für ausgeschlossen.

28. 9. Ganz verzweifelt, hypochondrische Beschwerden, behauptet er habe den Selbstmordversuch gemacht wegen seiner Krankheit, die er sich vor 20 Jahren zugezogen.

10. 10. Kein Intelligenzdefekt nachweisbar, deprimiert. Das Beste sei, er tue sich etwas an. Ueber den Suizidversuch gibt er an, daß er eben traurig gewesen sei, sterben wollte, er habe so Zeiten da könne er nicht anders.

1. 11. Unverändert depressiv, in sich gekehrt.

11. 12. Langsame Bewegung, ausdrucksloses Sprechen, ängstlicher Gesichtsausdruck. Keine Intelligenzstörung, möchte heim.

18. 12. Lag bisher ruhig zu Bett, Gewichtszunahme, stark gehemmt, spricht spontan nicht, drängt nach Hause, gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Was uns bei diesem Fall in erster Linie den Verdacht auf ein syphilogenes Leiden erweckt, ist der Ausfall der serologischen Reaktionen. Gegen eine Lues cerebrospinalis spricht der geringe Zellgehalt; bei der Paralyse ist in der überwiegenden Mehrzahl

der Fälle die W. R. schon bei 0,2 stark positiv. Die Mastixreaktion ist tabesverdächtig. Bei der neurolen Untersuchung fallen der geringe Tonus und die lebhaften Reflexe der unteren Extremität auf. Diese Symptome werden im Frühstadium der Paralyse mitunter beobachtet. Im psychischen Krankheitsbild vermissen wir fast ganz organische Zeichen: Keine Störung der Intelligenz, des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, der Urteilskraft, der Sprache. Das einzige was uns auffällt, ist die Kritiklosigkeit des Patienten seinem Selbstmordversuch gegenüber, überhaupt das unsinnige Verhalten dabei, was an dasjenige bei manchen Paralysen erinnert. Doch gibt es auch beim man.-depr. Irresein so heftige Angstaffekte, bei denen das Bewußtsein vorübergehend getrübt und die absurdesten Handlungen gegen das Leben unternommen werden können. Die Rückerinnerung pflegt wie bei unserem Patienten in solchen Fällen mangelhaft zu sein. Auch die Auskunft die der Patient über seinen Suizidversuch gibt, erscheint mehr als Ausdruck der Verlegenheit denn als Ausdruck kritiklosen Denkens, wie ja auch der Patient, der später volle Krankheitseinsicht besitzt, den wahren Sachverhalt anzugeben vermag. Die übrigen Zeichen sprechen ebenfalls für das depr. Zustandsbild des man.-depr. Irreseins. Die gemütliche Depression äußert sich in dem Darniederliegen aller Regungen, in der Befürchtung, nie mehr gesund zu werden. Die Bewegungen sind bald gehemmt, der Gesichtsausdruck ängstlich, die Sprache zögernd; bald geht Patient aufgeregt hin und her, jammert laut und zeigt sich sehr reizbar. In die trübe Grundstimmung mischt sich mitunter ein heftiger Angstaffekt hinein, der sich bis zur Verzweiflung steigert. In dieser Verfassung kommt es zu Versündigungsideen und paranoiden Auffassungen. Daneben treten häufig hypochondrische Ideen zu Tage. Wenn wir das alles zusammenfassen und das Vorleben in Betracht ziehen, so wird die endogene Depression sehr wahrscheinlich, die progressive Paralyse sehr unwahrscheinlich. Gibt uns nun aber der Ausfall der Liquorreaktionen besonders die + Wa. R. bei 0,2 nicht doch einen deutlichen Hinweis auf eine syphilitische Erkrankung des Z. N. S.?

Im Allgemeinen, ja. Wir werden auch bei diesem Fall daran denken müssen, daß sich doch eine Paralyse oder eine Tabes entwickeln kann. Wir werden aber auf Grund der tatsächlich vorhandenen klinischen Symptome uns nicht zu dieser Diagnose entschließen können. Zur Vorsicht mahnt uns allerdings das zunehmende Körpergewicht bei gleichbleibender Depression. Sollen wir nun die Depression lediglich der Konstitution zur Last legen? Dafür spricht deutlich die Familienanamnese (auf dem Boden der man.-depr. Konst. wäre auch eine reaktive Depression etwa im Anschluß an den Tod des Sohnes sehr wohl denkbar). Oder besteht eine ursächliche Beziehung zwischen der Infektion und der Psychose? Diese Frage wird von vielen Autoren verneint. Die Tatsache, daß die Luesinfektion gelegentlich den Inhalt der Depression ausmacht, ist für diese Frage natürlich bedeutungslos.

Fr. W. Schlosser, geb. 1876.

Wegen ewiger Streitereien und schlechter Aufführung zu Hause wird Patient der Klinik überwiesen.

Anam.: 1906 luetische Infektion, Schmierkur, Kriegsteilnehmer, nach dem Kriege als Schlosser gearbeitet. Seit Novbr. 23. krank, starke Magenschmerzen, Kopfweh, Schwindel. Januar 24. Magenoperation, danach schlimmer. Frühjahr 24. Schmierkur und Salvarsan. Wegen ständiger Magenschmerzen arbeitsunfähig.

10. 25. Mittelgroßer Mann, schlechter Ernährungszustand, schlaffe Muskulatur, blasse Gesichtsfarbe.
Kopf nicht klopf- oder druckempfindlich, Augenbewegungen frei. Pupillen weit r>l Lichtr. r fehlend, l wenig ausgiebig.
Konverg. r. r + l +.
Armreflexe + r = l Bauchd.-Cremasterr. + r = l
P. S. R. lebhaft r> l A. S. R. fehlend.
Babinski, Romberg, Ataxie 0
Sensibilität o. B.
Liquor: Wa. R. 0,2 0 0,6 ++ 1,0 ++++
Nonne opal. Zellen 28/3 Mastix: Tabes?
Zeitlich und örtlich orientiert, gute Auffassungs- und Urteilsfähigkeit, keine Merkstörungen, keine Intelligenzdefekte. Stimmung gedrückt.

19. 6. Immer ruhig, geordnet. Viel müde, klagt über Schmerzen im Leibe und in den Beinen.

10. 7. Leicht depressive Stimmungslage, meist still im Bett, wünscht dringend Fiebertherapie.

17. 7. Recurrensimpfung.
27. 8. Pat. fühlt sich bedeutend frischer, psychisch ruhig geordnet, doch empfindlich und leicht reizbar.
3. 9. Wird auf sein Verlangen, mit der Diagnose Tabes dorsalis, entlassen.
6. 12. 25. Einlieferung durch die Polizei.
Vor einigen Tagen Streit mit dem Nachbar, Raufereien in der Stadt, abends aufgeregt, schlaflos. Trinkt die Nacht in verschiedenen Lokalen durch. Zerschlägt am nächsten morgen Treppe und Türen mit einer Holzhacke, die ganze Wohnungseinrichtung mit der Faust, Pat. noch immer in heftiger Erregung, wildeste Drohungen gegen den Nachbarn, redet viel, stolz über seine Geschichten, was ihm passiere sei ihm egal. Oertlich und zeitlich orientiert, rechnet richtig, keine Störung der Merkfähigkeit, kein Intelligenzdefekt. Leicht Ideenflüchtig, mischt sich in alle Gespräche, lebhafte Mimik. Manische Stimmungslage. Es gehe ihm ausgezeichnet, lange Lobreden auf die Klinik, Größenideen, aber der Korrektur zugänglich.
9. 12. Gereizt, erregt, Krach mit dem Wärter, Drohungen.
14. 12. Im Bad, schimpft, kommandiert unablässig, erzählt Zoten.
21. 12. Ideenflüchtig, selbstbewußt, gehobener Stimmung, schlägt äußerst brutal widersprechende Mitpatienten.
30. 12. Wird an die Pflegeanstalt überwiesen.
Nachtrag zum 6. 12. 25. Neurologisch keine Veränderung.
Liquor: Wa. R. 0,2 ++++ Nonne opal. Zellen 53 3 Mastix: Paralyse?

Bei seiner ersten Aufnahme bot der Patient keine auffallenden psychischen Krankheitssymptome. Die Empfindlichkeit, Reizbarkeit, leichte depr. Verstimmung wiesen zwar auf eine Störung des affektiven Gleichgewichts hin, ließen sich aber gut auf sein körperliches Leiden mit seinen mannigfachen Schmerzäußerungen beziehen. Allerdings zeigt auch die Vorgeschichte einen leicht erregbaren, streitsüchtigen, gewalttätigen Menschen, was durch die gleichzeitige Alkoholwirkung unterstrichen wird. Die ++++ Wa. R. bei 0,2 (bei der ersten Untersuchung Wa. R. erst bei 0,6 +) läßt uns bei der Psychose eines Tabikers an Paralyse denken; auch die zweite Mastixkurve neigt sich nach der paralytischen Seite. Die vorhandenen Symptome: Ideenflüchtiges Denken, heftiger Rede- und Bewegungsdrang, die fehlenden: Intelligenzdefekt, Merkfähigkeitsstörung, Urteilsschwäche, Sprachstörung lassen uns aber für Manie gegen Paralyse entscheiden. Es fehlt jede Spur einer progressiven Demenz,

oder auch nur einer latenten geistigen Schwäche. Der Kranke ist durchaus orientiert, schwätzt, prahlt, rennt herum, zeigt sich bald gereizt, auf seine Umgebung geladen, bald heiter und liebenswürdig, immer gehobener Stimmung und voll „guter Gründe“ für sein Verhalten. Mitunter fehlt auch Krankheitseinsicht nicht.

5. 1. 26. Katam.: In der Pflegeanstalt sehr gesprächig, prahlerisch, hält sich für gesund, äußerlich geordnet.
12. 1. bald jovial heiter, bald gereizt, rauflustig. Brüllt, verlangt Einspritzungen, wegen der ihn selbst quälenden Unrast.
20. 1. Bisher in dauernder Erregung, nicht verwirrt.
2. 2. Lärmt und schlägt im Dauerbad mit den Händen um sich.
14. 4. Noch immer ziemlich erregt, gehobener Stimmung.
4. 5. Poltert, schreit, schlägt um sich, keine Sprachstörung.

Es handelt sich also um eine Manie, bei der die reizbare Komponente im Vordergrund steht. Die manisch-depressive Konstitution, die sich auch schon vor der eigentlichen Krankheit geäußert hat, ist das Ausschlaggebende. Der Befund der Tabes ist ein zufälliger.

Leonhardt L. Bergmann, geb. 1876.

Anam.: (Schwägerin) Pat. seit einem Jahr größenwahnsinnig, wollte Betriebsleiter werden. Sehr gesprächig, heiter. Seit Monaten schlaflos. Von früheren heiteren oder traurigen Stimmungen nichts bekannt. Zu Beginn der Erkrankung war Pat. traurig, starrte stundenlang in eine Ecke, fühlte sich zurückgesetzt. Familie ohne Geisteskrankheiten.

27. 11. 18. Mittelgroßer Pat., ausreichender Allgemeinzustand.
Pupillen mittelweit, links verzogen.
keine Licht- mangelhafte Konvergenzreaktion.
Augenbewegungen frei.
l. Nasolabialfurche verstrichen, linker Mundwinkel hängt herab.
Zunge wird zitternd und nach links vorgestreckt.
P. S. R. und A. S. R. beiderseits fehlend.
Kein Klonus, kein Babinski, kein Romberg.
Sensibilität o. B. Paralytische Schriftstörung.
Liquor: Wa. R. 0,6 ++ Nonne opal. Zellen 113/3.

Autoan.: Pat. hält sich für tüchtig, aber nicht anerkannt, große Talente, aber kein Geld. Vor acht Jahren einmal ein Schwindelanfall. Seit neun Monaten reizbar, schlechtes Gedächtnis, fühlt sich wie ein Millionär, obwohl ohne Geld. Mit 25 Jahren wahrscheinlich Lues, nie behandelt.

Zeitlich und örtlich orientiert, außerordentlich redselig, geht oft auf gestellte Fragen nicht ein, und versteht „in seinem recht beträchtlichen Schwachsinn“ nicht, worauf es ankommt. Gedächtnis sehr gestört, dabei sehr reizbar und zornig, wenn er Fragen nicht beantworten kann, überhaupt gelegentlich anspruchsvoll, Stimmung labil, Merkfähigkeit schlecht, Rechnen gut, beim Sprechen Silbenstolpern.

1. 12. Wiederholt im Bad, da sehr laut, auch nachts.

4. 12. Sehr lustig, schimpft „die Religion muß wieder her, hier ist kein Weihwasser und kein Heiligenbild“. Verlangt ohne Nachdruck nach Hause.

15. 12. Mitunter verdrossen, meist sehr euphorisch, gelegentlich rührselig, beeinflußbar in der Stimmung.

20. 12. Nachdem ihm der Wunsch seiner Frau zu telegraphieren abgeschlagen wurde, erklärte er 24 Stunden nichts zu sprechen; er hat das durchgeführt, nachher harmlos euphorisch.

21. 12. 18. Mit der Diagnose Paralyse nach Gabersee überführt.

24. 12. 18. Hier sehr euphorisch, meist recht laut und störend.

15. 3. 19. Singt, deklamiert, Stimmung labil.

10. 5. Mitunter reizbar, unruhig, auch nachts, schmiert und zupft an sich herum.

20. 6. Zunehmende Ataxie der Beine, etwas ruhiger, reichlicher Fettansatz.

29. 7. Beginn. Decubitus am Kreuzbein, am ganzen Körper Furunkel.

24. 8. Abheilung durch das ganz unverständliche Verhalten verzögert. Sonst sehr vergnügt, singt, lacht, macht Witze.

13. 1. 20. Sehr erregt, störend, schimpft, und flucht.

4. 10. Sehr unreinlich, zahlreiche Größenideen, ziemlich dement.

27. 12. Beim Verlassen des Bades Ohnmachtsanfall von 5stündiger Dauer.

29. 5. 21. Aeußerst störend, zunehmende Demenz, zahlreiche Größenideen, Sprachstörung deutlicher.

10. 8. Unverändert.

5. 3. 22. Seit 14 Tagen außer Bett, gute Aufführung, verträglich, erzählt Witze, macht Kunststücke, verlangt unter Protest seine Entlassung, um seinen Beruf wieder aufzunehmen. Allerlei Größenideen, mitunter ganz treffende Bemerkungen, bei einer doch deutlich herabgesetzten Urteilsfähigkeit. Deutliche Sprachstörung.

12. 6. Urteilslos, uneinsichtig, ständig nörgelnd, lästig. Im Ganzen geordnet, mitunter recht gemütlich, keine ausgesprochene Schrift- wohl aber Sprachstörung.

15. 7. Unterhält sich den ganzen Tag mit Schachspielen, das er überraschend gut beherrscht. Bis zur Visite ruhig, dann regelmäßig Schimpferei.

15. 8. Drohung in überhebender Weise gegen die Anstalt. Drängt nach Hause.

20. 9. 22. Als gebessert, aufsichtsbedürftig, nach Hause abgeholt.

Pat. geht spazieren, spielt Schach, recht ruhig, macht nichts verkehrt. Wird als Schreibergehilfe im Bergwerk beschäftigt. Ueber sein Verhalten kann nur Gutes berichtet werden.

20. 6. 24. „Er ist vollkommen klar, geordnet, ruhig." (Bezirksarzt).

10. 3. 26. Plötzlich erregt, redet den ganzen Tag, große Pläne.

23. 3. Bei der Aufnahme in die Klinik euphorisch, ideenflüchtig, gute Auffassung, gute Merkfähigkeit, affektlabil, orientiert.
Neurol. wie oben, nur bietet die Sprache keinen path. Befund, dagegen ist der Gang leicht ataktisch.
Liquor: Wa. R. 0,2 ⊖ 0,6 ++ 1,0 ++++ Zellen 44/3
Mastix: Tabes. Lues cerebri?

30. 3. Manisches Zustandsbild, manchmal recht witzig und einsichtsvoll. Er kommt mit einer Bitte während der Visite zu den Aerzten, die sich gerade über ein diagnostisches Problem unterhalten, und sagt zurückhaltend: „da dreinreden hat wenig Sinn".
Ein andermal hört er, wie der Arzt einem hoffnungslos leidenden baldige Besserung verhieß und bemerkt dazu trocken: „Dr. Eisenbarth ist wieder auferstanden."

7. 4. Zunächst unverändert, allerdings etwas schlapp. Nach dem Bade plötzlicher Zusammenbruch: tiefe Bewußtlosigkeit, Cornealrefl. erloschen, reagiert nicht auf starke Schmerzreize, keine Krämpfe oder path. Refl. Nach einer halben Stunde geringe Erholung, blickt wie ein Betrunkener um sich her und lallt: Napoleon war mein Urgroßvater! Gegen Abend Zustand gebessert, nennt seinen Namen, faßt aber sonst nicht auf.

8. 4. In humoristischer Stimmung, grinst, lallt. „Wo sind sie?" „Im Narrenhaus in München, auf Griechisch Psychiatrische Klinik" Facialisparese lks., schlaffe Lähmung des l. Armes und Beines.

10. 4. Noch sehr hinfällig, zeitlich desorientiert, dazwischen lebhafte Schimpferei und überraschend gute Auffassung. Kein eigentlich dementer Eindruck, spöttisches überlegendes Lächeln. Keine Größenideen, Sprache schwerfällig, kein Silbenstolpern.

12. 4. Wieder wie früher: redet viel, selbstbewußt, gehobener Stimmung.

15. 4. Die Lähmungen gehen allmählich zurück, etwas albern euphorisch. Manchmal gereizt, gut orientiert.

23. 4. Singt, pfeift, streitsüchtig, keine Größenideen.

30. 4. Seit mehreren Tagen auffallend ruhig, liegt verschmitzt lächelnd im Bett, zwinkert verständnisvoll bei den laut verkündeten Größenideen von paralytischen Saalgenossen. Keine spontanen Aeußerungen, aber durchaus nicht ablehnend gereizt.

Bei seiner ersten Aufnahme bot der Patient neurologisch eine Tabes, psychisch einen wenig charakteristischen querula-

torischen Befund. Er ist heiter, euphorisch, mitunter reizbar, seinem Wesen fehlt durchaus nicht eine gewisse Initiative und Konsequenz. In der K. G. wird er als schwachsinnig bezeichnet. Dem widerspricht der Umstand, daß er später doch gute intellektuelle Leistungen aufgewiesen hat. Es hat sich wohl nur um einen Eindruck gehandelt, vorgetäuscht durch sein außerordentlich ideenflüchtiges Denken, das ihm das Auffassen und Verstehen vorgelegter Fragen nicht ermöglichte; möglich wäre auch, daß ein organischer Prozeß im Gehirn, der sich später zurückgebildet hat, durch eine leichte Bewußtseinstrübung eine Demenz vorgetäuscht hat.

Während des vierjährigen Aufenthalts in Gabersee trat nun keinesfalls eine Progression, sondern eher eine Besserung des psychischen Leidens auf. Euphorie und Gereiztheit bestanden zunächst unverändert weiter, doch am Ende seines dortigen Aufenthalts war er oft recht geordnet, in verständigem Kontakt mit seiner Umgebung. Nach seiner Entlassung hielt dieser Zustand vier Jahre lang an; auch bei ärztlicher Untersuchung waren keine Ausfälle nachweisbar. Ein Erregungszustand führte Patient wieder in die Klinik. Er zeigt hier im Wesentlichen ein manisches Zustandsbild, auffällig ist allerdings die motorische Ruhe. Er zeigt sich sonst geistig regsam, vielfach verständnisvoll einfühlend. (s. K. G. 30. 3. 26.) Seine Persönlichkeit ist erhalten und mangelt nicht einer gewissen Frische. Einen dementen Eindruck macht der Kranke durchaus nicht. Bemerkenswert erscheint der Anfall. Worum handelt es sich nun? Die zuerst gestellte Diagnose „Progr. Paral." müssen wir wohl fallen lassen. Im Verlaufe von acht Jahren hätte sich das Krankheitsbild doch verschlimmern müssen, es sei denn, daß es sich um eine außergewöhnlich stationäre Form, wie wir sie ja heute – auch ohne Behandlung – häufiger sehen als früher, handelt. Die Aeußerungsform der Krankheit müßten wir dann mit auf Rechnung der manisch-depressiven Konstitution setzen. Doch abgesehen davon haben wir eine so deutliche dauernde Demenz, so absurte Größenideen, eine so tiefgreifende Beeinträchtigung der Gesamtpersönlichkeit, wie wir sie bei der

Paralyse zu sehen gewohnt sind, nicht beobachtet. Die serolog. Untersuchung vom 23. 3. 26. spricht durchaus nicht für Paralyse, dagegen für Tabes und mit größter Wahrscheinlichkeit für Lues cerebri. Eine zufällige Kombination von Tabes und Manie erscheint ebenfalls wenig wahrscheinlich. Ideenflucht Euphorie, geistige Regsamkeit, witziges Erfassen der Situation, Streitsucht und ewiges Querulieren sprechen zwar für Manie, doch fehlt der Bewegungsdrang. Am meisten widersprechen dieser Annahme aber wohl die Anfälle. Diese lenken unseren Verdacht auf eine Lues cerebri (neben bestehender Tabes). Die Kolloidkurven lassen sich hierfür verwerten. Der Rückgang der geistigen Leistungen, ohne daß es zu einer Urteilsunfähigkeit kommt, die Störung von Gedächtnis und Merkfähigkeit, die Anfälle (in der Vorgesch. ein Schwindelanfall) mit nachfolgenden Lähmungen, die ungleiche Innervation des Gesichts, der Zunge, die anfangs verwaschene lallende Sprache, die Schriftstörung, das Alles spricht sehr für Lues cerebri. Das häufig im Vordergrund stehende manische Zustandsbild wäre der Konstitution zur Last zu legen.

Zum Schluß sei ein Ueberblick über die wesentlichsten Feststellungen, die wir bei unseren Kranken in differentialdiagnostischer Hinsicht machen konnten, gestattet. Im Vordergrund steht immer die Frage nach Demenzsymptomen, worunter wir „einen dauernden Ausfall an psychischen Leistungen und Fähigkeiten" verstehen. Vor zwei Möglichkeiten der Täuschung müssen wir uns dabei hüten: Bewußtseinstrübungen, wie sie durch einen organischen Prozeß im Gehirn hervorgerufen werden und wie wir sie im schwächeren Grade auch bei der Paralyse beobachten können, täuschen gar leicht eine Demenz vor, indem sie Auffassung, Merkfähigkeit und schließlich Denkvermögen erheblich beeinträchtigen. Ein an sich geringfügiger Defekt kann so maßlos erscheinen. Freilich sind wir bei dem Einzelfall nicht immer in der Lage zu entscheiden, in wie weit Demenz oder Bewußtseinstrübung das jeweilige Symptomenbild zeichnen. Weiterhin ist die Stimmung von wesentlichem

Einfluß auf die zu beurteilende psychische Leistungsfähigkeit. Ein Depressiver, der motorisch und psychisch gehemmt ist, kann auf den Unerfahrenen einen dementeren Eindruck machen als eine Paralyse, die mit einem manischen Zustandsbild beginnt.

Was die Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und Paralyse angeht, so sei an die zweifellosen, wenn auch seltenen, anatomischen „Mischfälle" erinnert. Das wird uns in einzelnen Fällen auch in klinischer Hinsicht nicht zu viel fordern lassen. Bei der Entscheidung darf der Gesamteindruck der erkrankten Persönlichkeit nie vernachlässigt werden. Die Hirnlues führt nicht zu den schweren Veränderungen der Persönlichkeit, das Willensleben sinkt im Allgemeinen nie zu der Schlaffheit und Mattigkeit wie bei der Paralyse. Die Aktivität, die sich nicht nur in spontanen Lebensäußerungen zu zeigen braucht, sondern auch für Aufmerksamkeit, Auffassungsvermögen vonnöten ist, geht dem Hirnluiker nie in dem Maße verloren, wie dem Paralytiker. Von Wert ist auch die Frage der Krankheitseinsicht, die dem Luiker relativ gut erhalten sein kann, wobei nicht zu vergessen ist, daß auch ein Paralytiker „Krankheitseinsicht" haben kann, die allerdings in seinem Gemütsleben keine Rolle spielt. Daß die psychische Konstitution eines an Hirnlues erkrankten Individuums von Einfluß auf das in Erscheinung tretende Krankheitsbild ist, erscheint sehr wohl möglich.

Nicht selten steht die funktionelle Erkrankung eines Tabikers zur differentialdiagnostischen Diskussion. Daß es sich hierbei um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, wird heute wohl vielfach angenommen. Handelt es sich z. B. um die Urteilslosigkeit eines längere Zeit manisch verstimmten Tabikers oder haben wir die Urteilsschwäche einer unter dem Bild der Manie beginnenden Paralyse vor uns? Absurde Größenideen, ohne Bestimmtheit und Schärfe geäußert sind paralytisch. Der Manische ist aktiv, er holt sich das Material zu seiner Selbstverherrlichung aus seiner Umgebung oder der Zeitgeschichte. Aus dem Verhalten des Kranken zu seiner Umgebung können überhaupt, unter Verwertung scheinbarer Nebensächlichkeiten Schlüsse gezogen werden. Der Manisch-Depressive ist einfühlbar, auch die

Stimmungsschwankungen dieses Kranken bleiben verständlich Die Stimmungsinhalte des Paralytikers muten uns blöd an. Die Affektlabilität hat etwas ausgesprochen Impotentes an sich. Doch in manchen Fällen klären uns erst Verlauf und Ausgang auf. Die Frage einer Kombination von Paralyse und manisch-depressivem Irresein sei nur aufgeworfen.

Auch beim Syphilitiker, der einen positiven Liquorbefund darbietet (er braucht deshalb noch keine „Lues cerebri" zu haben) kann bei gleichzeitigem Bestehen einer Psychose Paralyseverdacht entstehen. Wir werden hier, wie bei den obenerwähnten Fällen, sorgfältig psychiatrisch analysieren und dem Liquorbefund, der unseren Verdacht in erster Linie weckt, erhöhte Aufmerksamkeit schenken. Es sei hierbei bemerkt – was natürlich auch für die Beurteilung der übrigen Fälle gilt – daß die serologischen Methoden manchmal die Diagnose wesentlich erleichtern, öfters aber auch nicht mehr sagen – bis heute wenigstens – als genaue klinische Beobachtung. Wertvoll für die Differentialdiagnose haben sich uns vor allem die Kolloidreaktionen erwiesen. Es zeigte mitunter die Reaktionskurve eine Aenderung, ehe klinisch eine Aenderung in Erscheinung getreten oder doch beobachtet war.

Literatur.

Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten.

Bumke: Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

Bostroem: Metaluesprobleme, Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 16.

Binswanger: Beiträge zur Pathogenese und differentiellen Diagnose der progressiven Paralyse 18 8. Virch. Arch. Bd. 154, S. 389.

Cassirer: Tabes und Psychose 1901.

Finckh: Ueber paralyseähnliche Krankheitsbilder. Zentbl. f. Nervenhk. 1907, Bd. 18, Nr. 4 u. 5.

Gaupp u. Alzheimer: Die stationären Paralysen. Zeitschr. f. Nervhk. u. Psych. 1907, S. 696 u. 708.

Göbel: Kurze Uebersicht über unsere Ergebnisse der Liquoruntersuchung etc. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1923, Bd. 87, S. 461.

Hoche: Dementia paralytica (Handb.).

Jakob: Ueber das Wesen der progressiven Paralyse. Deutsch. Med. Wochenschr. 1919, Nr. 43.

Junius u. Arndt: Beitrag zur Statistik etc. der prog. Paral. Arch. f. Psych. Bd. 44, S. 249.

Kafka: Serologie (Handb.).

Kraepelin: Psychiatrie.

Meggendorfer: Ueber den Ablauf der Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1921, Bd. 63.

Meyer: Beitrag zur Kenntnis der nicht paralyt. Psychosen bei Tabes dorsalis. Monatsschr. f. Psych. Bd. 13, S. 532.

Nonne: Syphilis und Nervensystem 1923.

Plaut: Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie 1909.

Pönitz: Paralyseprobleme. Münch. Med. Wochenschr. 1923, Nr. 23.

Topphoff: Ueber Remissionen bei der progress. Paral. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 91, 1924.

Westphal: Ueber die Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Med. Klin. 1905, Nr. 27, 1907 Nr. 4 u. 5.

Westphal u. Sioli: Klin. u. anatom. Beitrag zur Lehre v. d. Psychosen bei syphilitischen Erkrankungen des Z. N. S. Arch. f. Psych. u. Nervh. Bd. 66, 1922.

Wickel: Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Arch. f. Psych. Bd. 50, S. 401.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Bostroem, Oberarzt der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München (Geheimrat Bumke) meinen ergebensten Dank für die Ueberlassung und Durchsicht der Arbeit auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich bin am 20. März 1903 zu Gaggenau (Baden) als Sohn des Arztes Dr. Richard Rahner geboren. Ich besuchte die Volksschule meiner Heimat, die Realschule zu Gernsbach und die Oberrealschule in Karlsruhe. Hier legte ich 1921 mein Abiturium ab. Ich studierte Medizin an den Universitäten Freiburg, Jena (Vorexamen); die klinischen Semester verbrachte ich an der Universität München, wo ich im W. S. 1926 mein Staatsexamen bestand. Seither war ich als Medizinalpraktikant an der Psychiatrischen Klinik in Freiburg, an der Medizinischen Klinik in Heidelberg und an der Frauenklinik in Köln tätig.